

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно- Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«ИППП в гинекологической практике. Принципы диагностики. Клиника. Лечение»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета
Зубова И.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.



г.Красноярск

2018г.

**Рецензия на реферат выполненный по теме: «ИППП в гинекологической практике.
Принципы диагностики. Клиника. Лечение»**

Ординатором 2го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО
КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Зубова Инна Александровна

Реферат выполнен на 22 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

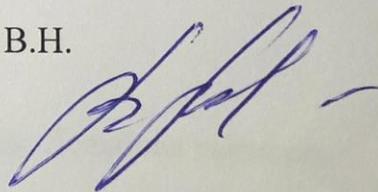
Актуальность изучения проблемы диагностики и лечения данной патологии очевидна так как бремя заболеваемости и смертности, связанное с патогенами, передаваемыми половым путем, негативно сказывается на качестве жизни, сексуальном и репродуктивном здоровье людей, а также на здоровье детей и новорожденных. При неправильном лечении острый воспалительный процесс часто переходит в хронический, поэтому рациональная лекарственная терапия является основным фактором, влияющим на течение и исход заболевания.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше 5 лет.

Реферат принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



Содержание

- 1.Эпидемиология
- 2.Общие принципы обследования и лечения пациентов с ИППП и урогенитальными инфекциями
- 3.Основные признаки ИППП
4. Основные ИППП и лечение.
 - 4.1Сифилис
 - 4.2 Гонорея
 - 4.3Трихомониаз
 - 4.4Хламидиоз
 - 4.5Мико-уреаплазмоз
 - 4.6Кандидоз
 - 4.7Бактериальный вагиноз
 - 4.8Генитальный герпес
 - 4.9 Остроконечные кондиломы (венерические бородавки)

Во всем мире бремя заболеваемости и смертности, связанное с патогенами, передаваемыми половым путем, негативно сказывается на качестве жизни, сексуальном и репродуктивном здоровье людей, а также на здоровье детей и новорожденных. Инфекции, передаваемые половым путем, также косвенно способствуют передаче половым путем ВИЧ-инфекции и приводят к изменениям на клеточном уровне, которые предшествуют развитию некоторых видов рака. Инфекции, передаваемые половым путем, ложатся тяжелым бременем на бюджеты как домохозяйств, так и национальных систем здравоохранения в странах со средним и низким уровнями доходов, и негативно влияют на общее благополучие людей

Согласно оценкам, ежегодно 357 миллионов людей в возрасте 15-49 лет заболевают четырьмя излечимыми инфекциями, передаваемыми половым путем *Chlamydia trachomatis* (131 миллион), *Neisseria gonorrhoeae* (78 миллионов), сифилисом (6 миллионов) или *Trichomonas vaginalis* (142 миллиона). Столь же высокую распространенность имеют некоторые инфекции, передаваемые половым путем, вирусного происхождения: согласно оценкам, 417 миллионов человек имеют вирус простого герпеса второго типа, а около 291 миллиона женщин – вирус папилломы человека. Распространенность этих инфекций, передаваемых половым путем, варьируется в зависимости от региона и пола.

Эти эпидемии серьезнейшим образом сказываются на здоровье и жизни детей, подростков и взрослого населения во всех странах мира:

- Гибель плода и новорожденных – сифилис во время беременности ежегодно становится причиной более чем 300 000 случаев смерти плода и новорожденных, а еще 215 000 грудных детей подвергаются риску гибели в раннем возрасте;

- Рак шейки матки – по оценкам, вирус папилломы человека ежегодно приводит к 530 000 случаев цервикального рака и 264 000 случаев смерти, вызванных этим онкологическим заболеванием;

- Бесплодие – инфекции, передаваемые половым путем, такие как гонорея и хламидиоз, являются причинами бесплодия в большом проценте случаев во всем мире; • Риск ВИЧ – присутствие инфекций, передаваемых половым путем, таких как сифилис, гонорея или вирус простого герпеса, значительно повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией или ее передачи (для некоторых групп – в два-три раза);

- Физические, психологические и социальные последствия инфекций, передаваемых половым путем, существенно снижают качество жизни инфицированных.

Осложнения, вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем, сильнейшим образом сказываются на сексуальном и репродуктивном здоровье. Показатели численности мужчин и женщин, инфицированных инфекциями, передаваемыми половым путем (за исключением вируса простого герпеса типа 2), схожи несмотря на некоторые региональные различия (см. Рисунки 3 (а) и (б)); в то же время от различных осложнений в гораздо большей степени страдают женщины. Возможности борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, в глобальном масштабе ограничены вследствие недостаточности соответствующих данных (в частности, данных в разбивке по полу). Процесс представления данных по отдельным странам и регионам, а также сравнительных данных характеризуется отсутствием единообразия и последовательности. Настоящий проект стратегии предлагает, прежде всего, сосредоточиться на двух аспектах: во-первых, на получении более качественных данных о бремени инфекций, передаваемых половым

путем, в разбивке по полу и возрастным группам, что позволит измерять прогресс в области борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем, и, во-вторых, на определении приоритетных направлений действий.

В последние годы отмечаются значительные достижения, обусловленные осуществлением мер борьбы с инфекциями, передаваемыми половым путем. Так, наблюдается значительное сокращение числа новых случаев *Neisseria gonorrhoeae* (мягкий шанкр) в показателях заболеваемости сифилисом среди населения в целом, а также некоторых последствий таких инфекций, включая конъюнктивит новорожденных. Более широкий охват беременных женщин скрининговыми обследованиями на сифилис и ВИЧ и расширение доступа к адекватной терапии позволили сосредоточиться на возможности одновременной ликвидации передачи ВИЧ-инфекции и сифилиса от матери ребенку. Кроме того, благодаря расширению доступа к вакцинации от папилломавируса уже наблюдается сокращение числа случаев патологических изменений, которые предшествуют развитию рака шейки матки, а также случаев появления остроконечных кондилом.

ВЫДЕЛЕНИЕ ТРЕХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В КАЧЕСТВЕ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЛЯ СТРАТЕГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ВО ВСЕМ МИРЕ

В настоящем проекте глобальной стратегии сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, основное внимание уделяется трем поддающимся мониторингу инфекциям, борьба с которыми требует неотложных действий:

01/ *Neisseria gonorrhoeae* – вследствие растущего риска возникновения неизлечимых форм этого заболевания, а также риска коинфицирования другими инфекциями, передаваемыми половым путем, включая *Chlamydia trachomatis*;

02/ *Treponema pallidum* – элиминация врожденного сифилиса, что предполагает наличие сильных систем, обеспечивающих скрининг и лечение всех беременных женщин и борьбу с сифилисом в особых группах населения;

03/ Вирус папилломы человека – уделение особого внимания вакцинации в целях элиминации рака шейки матки и остроконечных кондилом. В отношении всех трех инфекций, передаваемых половым путем, существуют экономически эффективные меры вмешательства. ВОЗ признает также важное значение *Chlamydia trachomatis* в связи с ростом распространенности этой инфекции среди подростков

2.

Об

щие принципы обследования и лечения пациентов с ИППП и уrogenитальными инфекциями

ПОЛУЧЕНИЕ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

При сборе анамнеза выясняют:

- предполагаемый источник инфицирования пациента;
- предполагаемый регион инфицирования (для гонококковой инфекции);
- время, прошедшее с момента сексуального контакта с предполагаемым источником инфицирования до появления субъективных симптомов;
- количество половых партнеров и результаты их обследования;
- формы практикуемых сексуальных контактов;
- результаты обследования половых партнеров;

- данные акушерско-гинекологического, урологического и полового анамнеза;
- наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время;
- особенности аллергоанамнеза;
- наличие соматических заболеваний (гинекологических заболеваний, эндокринопатий, заболеваний желудочно-кишечного тракта и других);
- данные о приеме лекарственных препаратов (антибактериальных, цитостатиков, кортикостероидов, противовирусных и антимикотических) в течение последних 3 месяцев;
- соблюдение правил личной и половой гигиены;
- применение и методы контрацепции.

ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ИППП

- клинические и/или лабораторные признаки воспалительного процесса органов уrogenитального тракта;
- предгравидарное обследование половых партнеров;
- обследование женщин во время беременности;
- предстоящие оперативные (инвазивные) манипуляции на органах малого таза;
- перинатальные потери и бесплодие в анамнезе;
- половой контакт с партнером больным ИППП;
- сексуальное насилие.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое обследование: на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3–6–9 месяцев.

КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клиническим материалом для лабораторных исследований является:

- у женщин: отделяемое (соскоб) уретры, цервикального канала, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показаниям – хламидийной инфекции), первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – отделяемое ротоглотки, больших вестибулярных и парауретральных желез, слизистой оболочки конъюнктивы глаз;
- у мужчин: отделяемое (соскоб) уретры, первая порция свободно выпущенной мочи (при исследовании молекулярно-биологическими методами); при наличии показаний – отделяемое нижнего отдела прямой кишки, ротоглотки, слизистой оболочки конъюнктивы глаз; секрет предстательной железы;
- у детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с пенетрацией: отделяемое уретры, задней ямки преддверия влагалища, влагалища, нижнего отдела прямой кишки (для гонококковой инфекции, по показаниям – хламидийной инфекции); при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал – отделяемое цервикального канала, при наличии показаний – отделяемое ротоглотки, конъюнктивы.

НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Выбор препаратов проводится с учетом анамнестических данных (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость препаратов, наличие сопутствующих инфекций).

С позиций доказательной медицины проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами не рекомендовано. При осложненном течении заболеваний дополнительно рекомендуется назначение патогенетической и физиотерапевтической терапии.

3. **признаки ИППП**

Некоторые ИППП не имеют ярко выраженных клинических симптомов, протекают малосимптомно или даже бессимптомно, особенно у женщин из-за анатомических и физиологических особенностей половых органов, в силу чего они долго не обращаются за медицинской помощью, заражая половых партнеров. В тех случаях, когда ИППП не имеет скрытого, хронического течения, их основными признаками, в зависимости от вида возбудителя являются:

Основные клинические признаки ИППП в зависимости от вида возбудителя:

- необычные выделения (обильные, желтоватые, пенистые, творожистые, возможно с запахом) из влагалища, мочеиспускательного канала или из прямой кишки;
- зуд, жжение, раздражение, отек в области половых органов;
- боли внизу живота, в области поясницы у женщин; в области яичек или промежности у мужчин;
- кровянистые выделения из влагалища у женщин в период между менструациями;
- болезненные ощущения во время полового акта;
- рези или дискомфорт при мочеиспускании; может появиться учащенное мочеиспускание, помутнение мочи;
- сыпь на теле, половых органах, ладонях, подошвах;
- язвочки, пузырьки, эрозии на половых органах, в полости рта, в области ануса;
- разрастания в области половых органов или ануса;
- увеличение лимфатических узлов.

4. **ИППП и лечение.**

4.1 Сифилис

Возбудитель: бактерия, называемая бледной спирохетой (трепонема).

Пути заражения:

- любые виды половых контактов (вагинальный, оральный, анальный);
- через кровь, загрязненные иглы, шприцы;
- вертикальный (трансплацентарный) - от матери к ребенку во время беременности (врожденный сифилис);

- бытовой путь - встречается довольно редко.

Скрытый период: 3-4 недели от момента заражения, при приеме антибиотиков в обычных дозах может затягиваться до нескольких месяцев.

С момента появления первых признаков болезни человек становится заразным для окружающих. Заболевание протекает со сменой нескольких периодов.

Первичный период: На половых органах, в полости рта, в анальной области (в зависимости от того, при каком виде полового контакта произошло заражение) появляется безболезненная язва или язвочка округлой или овальной формы, уплотненная в основании (твердый шанкр).

Через некоторое время происходит увеличение лимфатических узлов, ближайших к язве, чаще паховых. Первичный период длится 6-8 недель. Твердый шанкр постепенно заживает (без лечения), но болезнь прогрессирует, захватывая все органы и системы.

Вторичный период: наступает вслед за первичным, длится от двух до пяти лет. Для него характерны разнообразные высыпания на коже туловища, половых органов, ладонях, подошвах, слизистых оболочках полости рта и половых органов (сифилитическая ангина, эрозии, язвочки), может быть выпадение волос, увеличение лимфоузлов. На половых органах и в области заднего прохода могут появляться разрастания, так называемые широкие кондиломы. Характерно «волнообразное» течение: сыпь постепенно проходит сама по себе, без лечения, но затем возникает вновь. В этом периоде возможно поражение внутренних органов и нервной системы (нейросифилис).

Третичный период: наступает при отсутствии лечения сифилиса или недостаточном его лечении. В этом периоде поражение жизненно важных органов и систем (сердечнососудистой, нервной, костно-суставной) становится необратимым, принимает разрушительный характер.

Сифилис с самого начала может протекать скрыто (без клинических проявлений). Такая форма болезни не менее опасна, она заразна для окружающих и приводит к поражениям внутренних органов и нервной системы. В этом случае распознать сифилис можно с помощью лабораторного исследования крови - реакции Вассермана.

ЛЕЧЕНИЕ

Специфическое лечение проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемоцидной концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе – в СМЖ.

Превентивное лечение проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса: а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность; б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности; в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченой либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, при нарушении или изменении утвержденных схем лечения); г) новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения.

Пробное лечение (лечение ex juvantibus) в объеме специфического проводят при подозрении на

специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не пред- ставляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными.

Показания к госпитализации

Пациенты с подозрением и установленным диагнозом нейросифилиса, сифилитическим поражением внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, дети, больные врожденным и приобретенным сифилисом, подлежат госпитализации. Госпитализация показана пациентам с осложненным течением ранних и поздних форм сифилиса, беременным, а также при указании на непереносимость антибактериальных препаратов. Имеются социальные показания, в частности, для лиц без определенного места жительства.

Медикаментозное лечение

Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения сифилиса.

Пенициллины:

- дюрантные: бициллин–1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина, иначе – бензатин бензилпенициллин), комбинированные: бициллин–5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и натриевая соли пенициллина в соотношении 4:1);
- средней дюрантности: бензилпенициллина новокаиновая соль;
- водорастворимый: бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая;
- полусинтетические: ампициллина натриевая соль, оксациллина натриевая соль.

Тетрациклины: доксициклин. Макролиды:

эритромицин.

Цефалоспорины: цефтриаксон.

Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.

Превентивное лечение

- Бициллин–5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р./неделю № 2 или
- бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 р./сут. ежедневно в течение 7 дней.

Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина): неудач лечения не описано, в то же время он обладает наибольшей комплаентностью.

4.2 Гонорея

Возбудитель: гонококк Нейссера

Пути заражения:

- все виды половых контактов;

- возможно бытовое заражение (у девочек чаще всего от больной матери через общую постель, полотенце, губку).

Инкубационный период длится несколько дней. У женщин появляются слизисто-гнойные выделения из половых путей, возможны, но реже, чем у мужчин, рези при мочеиспускании.

Выделения могут попасть в прямую кишку и вызвать ее воспаление. Если вовремя не начато лечение, воспалительный процесс распространяется на матку и придатки - появляются боли внизу живота и в пояснице, повышается температура тела, может возникнуть кровотечение.

Последствиями осложненного гонорейного процесса являются бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность.

У мужчин гонорея сопровождается гораздо более ярко выраженными симптомами, чем у женщин (обильные гнойные выделения, сильнейшие рези при мочеиспускании), при хроническом течении болезни все проявления быстро затихают и становятся малозаметными, периодически обостряясь после приема алкоголя, бурного полового акта, физического перенапряжения. Серьезными осложнениями гонореи у мужчин являются поражение гонококками предстательной железы (простатит), семенных пузырьков, придатков яичек (эпидидимит) или самих яичек (орхоэпидидимит). Если больной не получает лечения или занимается самолечением, гонорея на любой стадии может привести к бесплодию и импотенции. При оральном сексе без презервативов мишенью для гонококка могут стать глотка и миндалины. Если руками, загрязненными выделениями, гонококк занесен в глаза, появляется гноетечение из глаз.

Гонорея представляет опасность и для новорожденных детей. Во время родов при прохождении ребенка по половым путям матери происходит попадание гонококка на слизистые оболочки ребенка. При отсутствии специфической профилактики это приводит к развитию гонобленнореи.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является обнаружение *N. gonorrhoeae* при микроскопическом и/или культуральном исследовании и/или исследовании молекулярно-биологическими методами, у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным. Антибактериальное лечение больному гонококковой инфекцией назначается после установления диагноза, в ряде случаев – по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов.

Цели лечения:

- эрадикация *N. gonorrhoeae*;
- исчезновение клинических симптомов заболевания;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Общие замечания по фармакотерапии

Лечение беременных, больных гонококковой инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных гонококковой инфекцией, проводится при участии неонатологов. Рекомендуется проводить профилактическое лечение даже при отсутствии у них гонококковой инфекции.

Лечение гонококковой инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых.

Согласно данным о профиле резистентности гонококка в Российской Федерации наблюдаются однонаправленные тенденции роста устойчивости

к пенициллинам, тетрациклинам, фторхинолонам, азитромицину, и во всех Федеральных округах, за исключением Уральского, – к спектиномицину. Лечение гонококковой инфекции препаратами, не вошедшими в клинические рекомендации (пенициллинами, тетрациклинами, фторхинолонами, азитромицином) возможно только при доказанной чувствительности выделенного клинического изолята к ним.

Схемы лечения

Лечение гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта (A54.0), гонококкового фарингита (A 54.5) и гонококковой инфекции ано-ректальной области (A 54.6):

- цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно или
- цефиксим 400 мг однократно внутрь или
- спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

Лечение гонококковой инфекции глаз (A 54.3) у взрослых:

- цефтриаксон 1,0 г однократно внутримышечно.

Лечение гонококковой инфекций нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желез (A 54.1), гонококкового пельвиоперитонита и другой гонококковой инфекций моче-половых органов (A 54.2):

- цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 14 дней или
- цефотаксим 1,0 внутривенно каждые 8 часов в течение 14 дней или
- спектиномицин 2,0 г внутримышечно каждые 12 часов (только для Уральского федерального округа).

Через 24–48 часов после начала парентеральной антибактериальной терапии, при условии исчезновения клинических симптомов заболевания, возможно продолжение терапии по схеме:

- цефиксим 400 мг внутрь 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии – 14 дней.

Особые ситуации

Лечение беременных:

- цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно или
- цефиксим 400 мг однократно или спектиномицин 2,0 г однократно внутримышечно (только для Уральского федерального округа).

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования через 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

4.3 Трихомониаз

Возбудитель: влагалищная трихомонада - одноклеточный микроорганизм, относящийся к типу простейших.

Пути заражения: преимущественно половой. Бытовой путь возможен только у девочек, которые заражаются от больных матерей. Мнение о том, что трихомониазом можно заразиться при купании в водоеме или бассейне ни на чем не основано. Инкубационный период: от 3-5 дней до 2-3 недель от момента заражения. У женщин симптомы заболевания более выражены, чем у мужчин. Мужчины довольно часто являются носителями трихомонад, не подозревая о своей болезни. У женщин трихомониаз проявляется воспалением влагалища, сопровождающимся обильными выделениями (белями). Они могут быть пенстыми, жидкими, желтоватыми, иногда

зеленоватыми и иметь неприятный запах. Отмечается сильный зуд или жжение, покраснение, отечность и раздражение в области половых органов. Нередко трихомониаз у женщин может протекать малосимптомно.

Трихомониаз относится к заболеваниям, которые не обязательно лечить у венеролога. Если трихомонады обнаружены при обследовании у гинеколога, лечение проводится там же. Обязательным является одновременное обследование и лечение полового партнера (у уролога), даже в том случае, если его ничего не беспокоит.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является обнаружение *T. vaginalis* при микроскопическом и/или культуральном исследовании и/или исследовании молекулярно-биологическими методами у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *T. vaginalis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения:

- метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- тинидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Альтернативные схемы лечения:

- метронидазол 2,0 г внутрь однократно или
- орнидазол 1,5 г внутрь однократно или
- тинидазол 2,0 г внутрь однократно.

Особые ситуации

Лечение беременных осуществляется на любом сроке для предотвращения преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов и низкой массы плода:

- метронидазол 2,0 г однократно.

Лечение детей:

- метронидазол 10 мг/кг массы тела внутрь 3 раза в сутки в течение 5 дней или
- орнидазол 25 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *T. vaginalis*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности трихомонадной инфекции на основании микроскопического, культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

4.4 Хламидиоз

Возбудитель: хламидия - внутриклеточный микроорганизм, занимающий промежуточное положение между бактериями и вирусами.

Пути заражения: преимущественно половой, возможен бытовой и трансплацентарный (во время беременности от матери к плоду).

Инкубационный период: до 20-30 дней. По клиническим признакам хламидиоз напоминает гонорею, но чаще протекает малосимптомно, особенно у женщин. Иногда заболевание выявляется только при обследовании по поводу осложнений - бесплодия, выкидышей,

воспалительных процессов. Хламидии могут поражать, кроме половых органов, глаза и суставы (синдром Рейтера). Для обнаружения возбудителя необходимы специальные методы исследования (иммуноферментный, иммунофлуоресцентный, культуральный), обычного гинекологического или урологического обследования в случае хламидиоза недостаточно.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является идентификация *C. trachomatis* с помощью молекулярно-биологических методов или культурального метода у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Общие замечания по фармакотерапии

Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение новорожденных, родившихся от матерей, больных хламидийной инфекцией, проводится при участии неонатологов.

Лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

Схемы лечения

Лечение хламидийной инфекции нижнего отдела мочеполовой системы (A56.0), аноректальной области (A 56.3), хламидийного фарингита (A 56.4), хламидийного конъюнктивита (A 74.0)

Препараты выбора:

- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней или
- азитромицин 1,0 г внутрь однократно.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 7 дней или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов (А 56.1, А 56.8)

Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня

Особые ситуации

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Требования к результатам лечения

- эрадикация *C. trachomatis*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании культурального метода исследования и методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

4.5 Мико-уреаплазмоз

Возбудитель: микоплазмы (уреаплазмы) - внутриклеточные микроорганизмы, так же, как и хламидии, занимают промежуточное положение между бактериями и вирусами. Микоплазмы и уреаплазмы встречаются иногда и у здоровых людей, поэтому их относят к так называемым условно-патогенным микроорганизмам, т. е. они могут вызвать развитие заболевания лишь при определенных обстоятельствах (ослабление иммунитета, сопутствующая инфекция половых органов, аборт, выкидыш).

Пути заражения: преимущественно половой, возможны бытовой и трансплацентарный. Инкубационный период: от 10-20 до 40-60 дней. Начало заболевания из-за малосимптомного течения можно установить не всегда. Специфической клинической картины заболевания нет, симптомы могут напоминать гонорею, хламидиоз, схожими являются и осложнения.

Микоплазмы и уреаплазмы могут проникать в сперматозоиды и вызывать их изменения. Для подтверждения диагноза, также как и при хламидиозе, недостаточно обычного гинекологического (урологического) обследования, требуется проведение специальных лабораторных исследований для обнаружения микоплазм (посевы на жидкие питательные среды или другие методы).

Лечение

Показанием к проведению лечения является идентификация *M.genitalium* с помощью молекулярно-биологических методов у пациента либо у его полового партнера.

Одновременное лечение половых партнеров является обязательным.

Цели лечения:

- эрадикация *M. genitalium*;
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

Общие замечания по фармакотерапии

Лечение беременных с заболеваниями, вызванными *M. genitalium*, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии акушеров-гинекологов.

Лечение заболеваний, вызванных *M. genitalium*, у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

Схемы лечения

Препараты выбора:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней или
- доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Альтернативные препараты:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10 дней или
- офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Особые ситуации

Лечение беременных:

- джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение детей (с массой тела менее 45 кг):

- джозамицин 50 мг/кг массы тела в сутки, разделенные на 3 приема, в течение 10 дней.

Требования к результатам лечения:

- эрадикация *M. genitalium*;
- клиническое выздоровление.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности заболеваний, вызванных *M. genitalium*, на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

4.6 (молочница)

Кандидоз

Возбудитель: дрожжеподобные грибы рода Кандида, являющиеся постоянными обитателями кожи и слизистых оболочек здорового человека.

Пути заражения. Кандиды могут вызвать заболевание только при определенных условиях (ослабление иммунитета, сахарный диабет, прием больших доз антибиотиков, беременность). Таким образом, при кандидозе не обязателен половой путь передачи, однако, имея это заболевание, можно передать его половому партнеру.

Инкубационный период: от 4 дней до 2 месяцев, чаще 2-3 недели.

У женщин заболевание проявляется мучительным зудом и/или жжением в области половых органов, обильными белесоватыми выделениями «творожистого» характера, покраснением и раздражением наружных половых органов и входа во влагалище. У мужчин отмечается покраснение и отек головки полового члена и крайней плоти, белесоватые налеты на головке полового члена. Без лечения заболевание принимает длительное течение. Иногда кандидоз может протекать упорно, с рецидивами, поэтому требуются повторные курсы лечения. Необходимо устранить факторы, способствующие развитию кандидоза, применять средства, стимулирующие иммунную систему и повышающие общую сопротивляемость организма. Обязательно параллельное лечение полового партнера.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинико-лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза.

Научными исследованиями, проведенными на основании принципов доказательной медицины, установлено, что частота рецидивов урогенитального кандидоза у женщин не зависит от проведенного профилактического лечения половых партнеров. При развитии у половых партнеров явлений кандидозного баланопостита и уретрита целесообразно проведение их обследования и при необходимости – лечения.

Цели лечения:

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей: отсутствие элементов грибов и повышенного количества лейкоцитов при микроскопии отделяемого мочевого тракта, отсутствие роста или значительное снижение концентрации грибов при культуральном исследовании;
- предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

Общие замечания по фармакотерапии

В связи с ростом устойчивости грибов рода *Candida* к системным антимикотикам при лечении острого урогенитального кандидоза предпочтительнее назначать местные антимикотические препараты и только при невозможности их использования – системные.

Кремы и суппозитории, используемые для лечения урогенитального кандидоза, изготовлены на масляной основе и могут повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

Целесообразность применения влагалищных спринцеваний для лечения или снижения выраженности клинической симптоматики, а также вагинальных свечей с лактобактериями для нормализации состояния вагинального микроценоза не является доказанной, так как систематические обзоры, рандомизированные, контролируемые исследования, подтверждающие целесообразность их применения, отсутствуют.

Схемы лечения

Лечение кандидоза вульвы и вагины

- натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней или
- клотримазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней или 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней или
 - клотримазол 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7–14 дней или
 - итраконазол вагинальная таблетка 200 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 10 дней или

- миконазол вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней
или
- бутоконазол 2% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 3 дней
или
- флуконазол 150 мг внутрь однократно или
- итраконазол 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

Лечение кандидозного баланопостита

- натамицин 2% крем 1–2 раза в сутки в течение 7 дней или
- клотримазол 1% крем 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- миконазол 2% крем 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- флуконазол 150 мг внутрь однократно или
- итраконазол 200 мг внутрь 1 раз в день в течение 3 дней.

Лечение рецидивирующего урогенитального кандидоза

После основного курса терапии, включающего системный и/или местный антимикотики, рекомендуется проведение поддерживающей терапии в течение 6 месяцев одним из препаратов:

- натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в неделю или
- флуконазол 150 мг перорально 1 раз в неделю или
- клотримазол 500 мг вагинальная таблетка один раз в неделю.

Особые ситуации

Лечение беременных:

Применяют местнодействующие антимикотические средства:

- натамицин вагинальные суппозитории 100 мг 1 раз в сутки в течение 3–6 дней (разрешен к применению с 1-го триместра беременности);
или
- клотримазол вагинальная таблетка 100 мг 1 раз в сутки перед сном в те-

чение 7 дней или 1% крем 5 г 1 раз в сутки интравагинально перед сном в течение 7 дней (разрешен к применению у беременных со 2-го триместра).

Лечение детей:

- флуконазол 2 мг на 1 кг массы тела – суточная доза внутрь однократно;
- натамицин 2% крем 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация микроскопической картины и показателей культурального исследования.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

4.7 Бактериальный вагиноз

Возбудителями является целый ряд микроорганизмов (гарднерелла, мобилункус, уреоплазма, анаэробные бактерии, кокки).

Не все специалисты считают бактериальный вагиноз заболеванием, передающимся при половых контактах, некоторые расценивают его как следствие дисбактериоза – изменения микрофлоры влагалища. Бактериальный вагиноз не является безобидным заболеванием.

Доказано, что у женщин, страдающих бактериальным вагинозом, чаще возникают отклонения в протекании беременности, дети рождаются недоношенными или с низким весом, при родах встречаются различные осложнения.

Признаком бактериального вагиноза у женщин являются выделения из половых путей, как правило, не сопровождающиеся зудом. Выделения беловатые или сероватые, густые, с характерным неприятным «рыбным» запахом. Партнер часто может быть внешне здоровым и не ощущать какого-либо дискомфорта. Как и в случае других ИППП, диагноз подтверждается лабораторно.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Лечение пациентки проводится при наличии у нее жалоб со стороны мочеполовой системы и клинических проявлений.

Научными исследованиями, проведенными на основании принципов доказательной медицины, установлено, что частота рецидивов бактериального вагиноза у женщин не зависит от проведенного профилактического лечения половых партнеров. При наличии у половых партнеров клинических признаков баланопостита, уретрита и других заболеваний урогенитальной системы целесообразно проведение их обследования и при необходимости – лечения.

Цели лечения

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей;

- предотвращение развития осложнений, связанных с беременностью, послеродовым периодом и выполнением инвазивных гинекологических процедур.

Общие замечания по фармакотерапии

Во избежание развития тяжелых побочных реакций (дисульфирамоподобная реакция) пациентов следует предупреждать о необходимости избегать приема алкоголя и содержащих его продуктов как в ходе терапии метронидазолом, так и в течение 24 часов после его окончания.

При непереносимости перорального метронидазола его интравагинальное назначение также противопоказано.

Клиндамицин крем изготовлен на масляной основе и может повредить структуру латексных презервативов и диафрагм.

С позиций доказательной медицины применение влагалищных спринцеваний для лечения или снижения выраженности клинической симптоматики, а также вагинальных свечей с лактобактериями для нормализации состояния вагинального микроценоза не рекомендовано.

Схемы лечения

Рекомендованные схемы лечения:

- клиндамицин крем 2% 5,0 г в аппликаторе (разовая доза) интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней
или

- метронидазол гель 0,75% 5,0 г (разовая доза) интравагинально (на ночь) в течение 5 дней или
- метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- орнидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней.

Альтернативные схемы лечения

- клиндамицин овули 100 мг интравагинально на ночь в течение 3 дней или
- клиндамицин капсулы 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней или
- метронидазол таблетки 2,0 г внутрь однократно.

Особые ситуации

Лечение беременных:

- метронидазол таблетки 2,0 г внутрь однократно или
- клиндамицин капсулы 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней (со II-ого триместра беременности).

Требования к результатам лечения:

- клиническое выздоровление;
- нормализация лабораторных показателей.

КОНТРОЛЬ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.

4.8 Герпес половых органов (генитальный)

Возбудитель: вирус простого герпеса первого или второго типа (ВПГ-1 и ВПГ-2). Пути заражения: преимущественно половой (все виды половых контактов), трансплацентарный - от матери к ребенку во время беременности, возможно инфицирование во время родов, иногда встречается бытовой путь.

ВПГ-1 имеет и неполовой путь передачи, так как обнаруживается более чем у 90% людей, но только у 20% из них проявляет себя клинически (герпес на губах). ВПГ-2 поражено около 15% населения, проявляется заболевание примерно только у 5%. Однажды попав в организм человека, вирус уже не покидает его, локализуясь в нервных сплетениях (ганглиях), периодически дает рецидивы при ослаблении иммунологической защиты (переохлаждение, перегревание, физическое переутомление, стресс, менструальный период, прием алкоголя).

Инкубационный период при первоначальном заражении обычно составляет 1-2 недели. Частота рецидивов зависит от состояния иммунитета. На фоне отека и покраснения возникают сгруппированные мелкие пузырьки в области больших и малых половых губ, слизистой оболочки влагалища и шейки матки, кожи паховых складок, промежности, ягодиц, вскрывающиеся с образованием болезненных язвочек.

Лечение герпеса включает противовирусную терапию, местные симптоматические средства, повышение иммунитета, чтобы сделать рецидивы по возможности более редкими.

Последствия болезни - невротические расстройства, дисгармония половой жизни и супружеских отношений, невынашивание беременности, герпетическая инфекция новорожденных, не исключена возможность развития рака половых органов.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к проведению лечения

Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений и жалоб пациента.

Цели лечения:

- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера или новорожденного.

Общие замечания по фармакотерапии

Основным направлением в лечении является применение высокоспецифических противовирусных препаратов – ациклических нуклеозидов, которые блокируют репликацию ВПГ.

Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на заболевание.

Специфическое лечение необходимо начинать как можно раньше после появления первых симптомов заболевания. Применение ациклических нуклеозидов сокращает длительность эпизода и уменьшает остроту симптомов. Однако лечение не приводит к эрадикации вируса и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем. Также отсутствует влияние на асимптомное вирусовыделение, которое ведет к инфицированию.

Схемы лечения

Лечение первичного клинического эпизода генитального герпеса:

- ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 5–10 дней или
- ацикловир 400 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5–10 дней или
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 5–10 дней или
- фамцикловир 250 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Лечение рецидива генитального герпеса:

- ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 5 дней или
- ацикловир 400 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5 дней или
- ацикловир 800 мг 2 раза в сутки в течение 1 дня или
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- валацикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня или
- фамцикловир 125 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней или
- фамцикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня

Супрессивная терапия:

- ацикловир 400 мг внутрь 2 раза в сутки или
- валацикловир 500 мг 1 раз в сутки или
- фамцикловир 250 мг внутрь 2 раза в сутки.

Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально.

По достижении стойкого улучшения супрессивная терапия может быть прекращена. Эффективность супрессивной терапии оценивают как минимум по двум рецидивам. В случае ухудшения течения заболевания в дальнейшем может быть принято решение о продолжении супрессивной терапии.

Профилактика инфицирования генитальным герпесом здорового партнера:

- валацикловир 500 мг 1 раз в сутки в течение 12 месяцев при регулярных половых контактах.

Особые ситуации

Лечение беременных:

Беременным с высокой частотой рецидивов (более 6 раз в год) и тем, у кого в I или во II триместре возник первичный клинический эпизод, рекомендован прием ацикловира в последние 4 недели беременности. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания.

Кесарево сечение в качестве профилактики неонатального герпеса необходимо планировать всем беременным, у которых первичный эпизод возник после 34-й недели беременности, т. к. в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов. Если родоразрешение через естественные родовые пути неизбежно, необходимо проводить лечение у матери и ребенка:

- ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 5–10 дней или
- ацикловир 400 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5–10 дней.

Лечение герпеса в периоде новорожденности:

- ацикловир 20 мг/кг массы тела внутривенно 3 раза в сутки в течение 10–21 дня.

Требования к результатам лечения:

ускорение разрешения клинических проявлений; уменьшение частоты рецидивов генитального герпеса.

4.9 Остроконечные кондиломы (венерические бородавки)

Возбудитель: вирус папилломы человека (ВПЧ).

Пути заражения: преимущественно половой.

Проявлениями заболевания являются разрастания бледно-розового цвета в области половых органов, ануса, иногда сопровождающиеся зудом и жжением - вначале в виде плоских узелков, затем по мере роста напоминающие цветную капусту. Доказана онкогенность ВПЧ, т. е. способность вируса вызывать со временем злокачественное перерождение клеток.

ЛЕЧЕНИЕ

Показанием к проведению лечения является наличие клинических проявлений заболевания.

Обследование и лечение половых партнеров проводится при наличии у них клинических проявлений.

Цели лечения:

- деструкция аногенитальных бородавок;
- улучшение качества жизни пациентов.

Общие замечания по терапии

Основным направлением в лечении является деструкция клинических проявлений заболевания. Вне зависимости от применяемого метода деструкции аногенитальных бородавок у 20–30% пациентов могут развиваться новые поражения на границе между иссеченными и внешне здоровыми тканями или в других местах.

Методы деструкции аногенитальных бородавок

1. Цитотоксические методы

Подофиллотоксин (0,15 % крем или 0,5% раствор) 2 раза в сутки в течение 3 дней с 4-дневным интервалом. Крем 0,15 % рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных в анальной области и области вульвы.

Раствор 0,5% рекомендуется применять в терапии ано- генитальных бородавок, расположенных на коже полового члена. Курсовое лечение продолжают до исчезновения клинических проявлений, но не более 4-5 курсов. Безопасность применения препарата у беременных не изучена. Подофиллотоксин не рекомендуется применять в терапии аногенитальных бородавок, расположенных на слизистой оболочке прямой кишки, влагалища, шейки матки, уретры.

2. Химические методы

Солкодерм (комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислоты и тригидрата нитрата меди). Раствор наносится однократно непосредственно на аногенитальные бородавки при помощи стеклянного капилляра или пластмассового шпателя, не затрагивая здоровых тканей. Не рекомендуется обрабатывать поверхность, превышающую 4–5 см², перерыв между процедурами составляет 1–4 недели.

3. Иммуномодуляторы для местного применения

Имиквимод крем наносится тонким слоем на пораженные участки кожи на ночь (на 6–8 часов) 3 раза в неделю (через день). Утром крем необходимо смыть с кожи теплой водой с мылом. Курс лечения длится до полного исчезновения аногенитальных бородавок, но не более 16 недель.

Внутриочаговое введение препаратов α -интреферона.

Применение системных иммуномодулирующих средств может быть рекомендовано при рецидивирующем течении заболевания.

4. Физические методы

- электрокоагуляция;
- лазерная деструкция;
- радиохирургическая деструкция;
- криодеструкция.

5. Хирургическое иссечение.

Особые ситуации

Лечение беременных

Во время беременности возможна активная пролиферация аногенитальных бородавок. Лечение беременных проводится при наличии выраженных клинических проявлений, препятствующих прохождению плода через родовые пути матери.

Кесарево сечение для профилактики ювенильного папилломатоза горгана не показано.

Требования к результатам лечения

- клиническое выздоровление.

Любой пациент, обратившийся в медицинское учреждение, имеет право на:

- уважение и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам;
- конфиденциальность, т. е. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании в соответствии с действующим законодательством.

Список литературы

1. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями/Кубанова А.А., Бакулев А.Л./2012/Москва
2. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем на 2016-2021 гг.: на пути к ликвидации ИППП Авторы: ВОЗ/2016 г.
3. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья. Пособие для врачей и среднего медицинского персонала. Минск 2006 год.